

DÉCLARATION D'ACCIDENT DE SERVICE – D'ACCIDENT DE TRAJET

Vous êtes fonctionnaire territorial, stagiaire ou titulaire CNRACL et êtes victime d'un accident de service ou de trajet. En vertu des articles 37-2 et 37-3 du décret n° 87-602 du 30 juillet 1987, il convient d'adresser par tout moyen à l'autorité territoriale et notamment au service ressources humaines de la collectivité ou de l'établissement public une déclaration d'accident de service ou de trajet dans un délai de 15 jours à compter de la date de l'accident, une déclaration d'accident comportant :

- le présent formulaire précisant les circonstances de l'accident ;
- un certificat médical indiquant la nature et le siège des lésions résultant de l'accident ainsi que, s'il y a lieu, la durée de l'incapacité de travail en découlant.

Si l'accident entraîne un arrêt de travail, le certificat médical doit être transmis à l'autorité territoriale dans un délai de 48 h 00 suivant son établissement.

Dans un souci d'harmonisation des pratiques, le présent formulaire peut également être utilisé par les agents publics IRCANTEC (fonctionnaire territorial < 28h hebdo et agent contractuel de droit public), afin de satisfaire à leur obligation de déclaration d'accident du travail.

DÉCLARATION D'ACCIDENT DE SERVICE OU D'ACCIDENT DE TRAJET

INFORMATIONS RELATIVES À LA VICTIME

Informations personnelles

Nom de naissance : Nom d'usage :

Prénom :

Date de naissance :

N° de sécurité sociale :

Adresse personnelle :

.....

.....

Téléphone personnel :

Mail personnel : @

Coordonnées administratives

Nom de la collectivité/de l'établissement public :

Nom du service d'affectation :

Adresse :

.....

.....

Téléphone professionnel :

Mail professionnel : @

Statut et catégorie de l'agent

☐ Stagiaire ☐ Titulaire ☐ Contractuel ☐ A ☐ B ☐ C

Cadre d'emplois :

Grade :

DHS : ☐ Temps non complet ☐ Temps partiel, quotité : %

Précisez les jours travaillés :

Métier/fonctions :

Date d'entrée en poste :

Activité habituelle :

☐ Terrain ☐ Bureau ☐ Atelier ☐ Autre :

INFORMATIONS RELATIVES À L'ACCIDENT

Date de l'accident : Heure de l'accident : h

Horaires de travail le jour de l'accident :

Horaires habituels (si différents des horaires du jour de l'accident, expliquer) :

.....
.....
.....

Lieu précis de l'accident (coordonnées et localisation au sein de l'espace de travail, si l'accident a eu lieu en dehors du lieu habituel d'exercice des fonctions : nom et adresse de l'établissement ou éléments de localisation) :

.....
.....
.....

Préciser s'il s'agit (plusieurs réponses possibles) :

- ☐ Lieu de travail habituel
- ☐ Lieu de travail occasionnel (ex : lieu de formation)
- ☐ Lieu de restauration habituel
- ☐ Lieu de télétravail
- ☐ Accident de la circulation routière (à cocher pour tout accident sur la voie publique impliquant un véhicule roulant : automobile, moto, vélo, trottinette, etc.)
- ☐ Au cours du trajet domicile/lieu de travail
- ☐ Au cours d'une mission pour l'employeur (ex : réunion extérieure, ou dans le cadre d'un ordre de mission)
- ☐ Au cours du trajet lieu de restauration habituel/lieu de travail

Activité de la victime lors de l'accident (tâche exécutée au moment de l'accident) :

.....
.....
.....
.....

Description de la nature de l'accident (ex : chute, agression, etc.) :

.....
.....
.....

Objet dont le contact a blessé la victime (ex : matériau, outil, véhicule, etc.) :

.....
.....

Témoins éventuels : ☐ Oui ☐ Non (si non, indiquer les coordonnées de la première personne informée de la survenance de l'accident)

Nom/prénom/qualité (adresse si externe à l'administration) :

.....

.....

.....

Accident causé par un tiers : ☐ Oui ☐ Non

Nom/prénom/adresse du tiers (si connu) :

.....

.....

.....

Société d'assurance du tiers (si connu) :

.....

Conséquences de l'accident

Nature des lésions médicalement constatées :

En cas de décès immédiat, le préciser dans la rubrique « autres ».

- ☐ Plaie/blessure
- ☐ Fracture
- ☐ Amputation
- ☐ Commotion/traumatisme
- ☐ Asphyxie/noyade
- ☐ Luxation/entorse/foulure
- ☐ Brûlure/gelure
- ☐ Choc (chocs consécutifs à des agressions, menaces, chocs traumatiques ou chocs post-traumatiques)
- ☐ Empoisonnement/infection
- ☐ Effets de température, de lumières, de radiations
- ☐ Effets du bruit, des vibrations, de la pression (perte auditive aiguë, barotraumatisme...)
- ☐ Blessures multiples
- ☐ Autres (à préciser) :

.....

.....

Siège des lésions (indiquer l'endroit du corps qui a été atteint : tête, membres, yeux, etc., préciser s'il y a lieu, droite ou gauche. En cas de divergence avec le certificat médical, seul ce dernier fait foi) :

.....

.....

.....

Pièces jointes

- ☐ Certificat médical (*obligatoire même sans prescription d'arrêt de travail*)
- ☐ Témoignages écrits
- ☐ Rapport de police/gendarmerie/pompiers
- ☐ Dépôt de plainte
- ☐ Constat amiable
- ☐ Ordre de mission
- ☐ Bulletin d'hospitalisation
- ☐ Plans (*pour les accidents de trajet, joindre un plan indiquant l'itinéraire emprunté, préciser le lieu de départ et d'arrivée, le parcours habituel s'il est différent de l'endroit où l'accident s'est produit*)
- ☐ Autres (*à préciser*) :

.....
.....
.....

Je soussigné(e) (*prénom et nom*) :

Certifie sur l'honneur l'exactitude des informations déclarées.

Fait à : Le (*date de la déclaration*) :

Signature de l'agent ou de son représentant s'il y a lieu :